



## **UNIVERSIDAD DEL SALVADOR**

**Facultad de Psicología y Psicopedagogía**

**Decana: Prof. Gabriela Renault**

**Doctorado en Psicología**

**Director del Doctorado en Psicología:**

**Prof. Dr. Ignacio Barreira Ph.D.**

**Grupo de investigación en Psicoanálisis y/o Lo Disruptivo para el Doctorado en  
Psicología USAL**

**Director del Grupo de investigación:**

**Prof. Dr. Moty Benyakar M.D. Ph.D.**

### **Tesis Doctoral**

**Fundamentos teórico-técnicos del uso del encuadre ampliado en el psicoanálisis  
con niños: El vínculo como paciente**

**Doctoranda: Mgter. Ana Sloninsky de Groba**

**Director de Tesis: Prof. Dra. Azucena Borelle**

**2018 - Buenos Aires –Argentina**

# INDICE

Agradecimientos	4
Introducción	5
Problema y preguntas de investigación	11
Estado del Arte	15
Antecedentes	42
Marco Teórico	53
Articulación Teórico-Técnica	101
Metodología	124
Estudios de Campo	136
Estudio de caso único	144
Análisis de resultados	146
Conclusiones	169
Bibliografía	174



USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

Tablas y gráficos	
Grafico 1 “Modelo de Aparato Psiquico” Benyakar 2006	103
Tabla 1 “Funciones maternantes”.	
Sloninsky de Groba & Vernengo, 2000	105
Cuadro 1 “Categorías de análisis de caso único”	122
Cuadro 2 “Relación entre vectores y funciones”	123

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Director de este Doctorado 'Acerca de lo disruptivo en Psicoanálisis', Dr. Moty Benyakar.

Al Dr. Abel Fainstein, por recomendarme que lo transite.

A los docentes que conocí durante la cursada del mismo:

A la Dra. Azucena Borelle, mi directora, la Dra. Silvia Acosta, docente de Metodología, con quienes pude pensar en los momentos inciertos de la construcción de esta Tesis.

A todas las autoridades del Doctorado: Dra. Gabriela Renault, Dra. Verónica Brasesco, Dr. Ignacio Barreira.

A mis compañeros de la cursada 2012:

Una renovada estudiantina en un momento inesperado de mi vida, cálidos, chispeantes e inteligentes para preguntar y exponer sus ideas.

Amigos entrañables en nuestra Jornada de reflexión en La Estancia La Candelaria, donde me festejaron mi cumpleaños.

Al Grupo Espacio Winnicott de APA, su directora Dra. Leonor Valenti de Greif, por ser mis interlocutores cotidianos en la lectura y discusión de los conceptos de D. Winnicott, en interacción con otros autores.

A mi padre, Médico Cardiólogo, interesado en la medicina Psicosomática, que sembró en mí semillas de un pensamiento, que me acercó a las ideas de Winnicott.

A mi madre, pintora de los barrios de Buenos Aires, que me enseñó a registrar sus brillantes colores y sus sabores.

A mis hermanos que viven en USA, con mis sobrinos y sobrinos nietos, por leerme y preguntarme con ansiedad, cuando defendiendo esta Tesis.

A mis hijos: Martín, Inés y Mercedes, por bancarse una madre estudiosa e hiperocupada. Hacer un doctorado, además de la formación en APA.

A mis analistas y supervisores, que preocupados por la alta exigencia y dedicación, solo me decían que mi tiempo estaba sobre-vendido.

A mis pacientes 'que me pagaron por enseñarme' parafraseando a Winnicott.

A mí misma por transitar nuevos caminos y desafíos y defender esta Tesis, el mismo año en que cumplo 70.

Por el entusiasmo, que sorteando enojos y encerronas, con la fuerte decisión de sostener mis ideas aunque cueste y de trabajo.

Lic. Ana María Sloninsky.

## INTRODUCCION

¿Qué significa ser analista de niños? Winnicott diría que formamos parte del “trabajo sucio” de la crianza y que “si todo va bien”, el niño nos olvidará, aunque formemos parte de su historia vital. Iremos a parar al “limbo”, el mismo lugar donde va a parar la “amnesia infantil”. Claro que el “trabajo sucio” se traslada a lo cotidiano del consultorio donde se conglomeran un sinfín de situaciones problemáticas que el niño nos cuenta a su manera: por ejemplo, que se rehúse a entrar o a irse, que exprese su deseo de “meterse” en la casa del analista (en el caso de que el consultorio funcione en la casa particular del analista), que quiera escaparse a la calle (si el acceso es directo), que el niño esté excesivamente acelerado y agote al analista, que insista en llevarse el material de la caja y/o lo sustraiga aunque la respuesta sea negativa, o se rehúse a dejar su producción (gráfica, moldeado, etc.) o, que pase “como un tornado” dejando un desparramo a su paso, que se empaque y decida “no usar la sesión” durmiendo o “haciéndose el dormido”, que se niegue a responder las consignas de un psicodiagnóstico, proponiendo negociaciones constantemente, entre tantas otras cosas.

Quizá, a diferencia del análisis de adultos, en las terapias con los niños intervienen otras personas: los padres. Ellos también nos comunican sus preocupaciones y/o limitaciones a su manera, generando otro tipo de situaciones conflictivas: por ejemplo, que se atrasen en los pagos sin previo aviso, que no los traigan ni avisen, que no los busquen en el horario convenido, que no informen sobre cambios drásticos en la vida de sus hijos (mudanzas, muertes, enfermedades), la pérdida de ecuanimidad en relación a uno de los padres con la consiguiente desconfianza del otro, que no confíen en la palabra del analista, que rivalicen con el analista: “Desde que le habla a usted, no me cuenta nada a mí”, “ustedes hacen magia y no le explican nada a la mamá”, que manden a sus hijos a análisis y jamás lo consideren para ellos. Están los casos de los chicos *judicializados*, con la consiguiente pérdida de espontaneidad del vínculo, etc.

Sin embargo, pese a todo los problemas que conlleva el psicoanálisis de niños –como el de adultos, sobra la aclaración, surgen algunos interrogantes luego de años de clínica. ¿Cómo logramos una alianza terapéutica tan intensa especialmente con las madres y

sus hijos en terapia? ¿Cómo logramos un excelente clima de juego, habiendo tanto conflicto en el entorno?

Esos interrogantes son parte de los debates técnicos dentro del campo del análisis de niños. Estos debates son, asimismo, representantes de la revisión de los conceptos fundamentales psicoanalíticos sobre la estructuración del psiquismo y la psicología evolutiva en el siglo XX. Tales avances y reformulaciones han producido un cambio fundamental en la consideración de la infancia, identificándola como etapa productora de las bases para el desarrollo del individuo y crucial para la psicopatología adulta. Esta consideración ha motivado innumerables investigaciones sobre el campo de la primera infancia y, al mismo tiempo, la técnica psicoterapéutica con niños ha sido impactada por tales desarrollos, promoviendo debates y modificaciones que ponen en tensión la teoría clásica sobre la técnica analítica.

Una de las consideraciones técnicas fundamentales es la definición del **encuadre** como herramienta que hace posible el proceso analítico con niños.

Es mucha la bibliografía psicoanalítica que acuerda en que uno de los pilares del abordaje clínico en psicoanálisis es el *encuadre*. A noción de encuadre alude, en principio, a una serie de normas que organizan y/o delimitan el trabajo analítico y, por lo tanto, forman parte de la teoría de la técnica.

Freud propone prestar atención no sólo a la tarea - el qué hacer sino también atender lo qué le pasa al paciente -el historial, los cambios a lo largo del tratamiento-. Además se empeña en definir un marco en que se cumple la tarea psicoterapéutica, estableciéndolas como condiciones relativamente estables para el trabajo analítico. Como lo señala Peter Gay, «lo que convertía en algo diferente al psicoanálisis eran las reglas que Freud estableció para ese arte», reglas que tomaron vigencia a pesar de lo que Gay llama «las licencias que se permitía él mismo (Freud) al interpretarlas» (Gay, P. 1989:334).

Ahora bien, el término es introducido tardíamente en la teoría por José Bleger en 1967, constituyendo, en la «situación analítica», las constantes en cuyo interior se desenvuelve y contiene el proceso analítico (Viñar, 2002) . Fue Freud quien denominó

«situación analítica» al espacio en el cual podía desarrollarse el proceso analítico. Bleger plantea claramente que en un “encuadre idealmente normal”, establecido mediante el contrato, se sostienen condiciones técnicas que hacen posible el análisis de los procesos psíquicos del paciente y que su ruptura despierta ansiedades muy intensas. Por esta razón se ha interpretado con frecuencia, la necesidad de mantener inalterables sus coordenadas, aún cuando esta preeminencia del marco o la forma sobre el contenido, ha sido puesto en debate con cierta frecuencia.

Dice Saul Paciuk (2002) “Las pautas del encuadre y su evolución -el debate entre su aceptación y modificación- terminaron siendo un rasgo identificador central del psicoanálisis y una de las líneas a seguir cuando se quiere narrar su historia.

El encuadre que definamos para el abordaje de los infantes en análisis esta en relación con las teorías que consideremos válidas sobre el surgimiento y desarrollo del psiquismo infantil. En este sentido, el avance de conceptualizaciones sobre psiquismo temprano, ha permitido una mayor comprensión sobre las fallas parentales tempranas y su impacto tanto en la vida psíquica del niño, como en el entendimiento de su influencia sobre la vida psíquica adulta.

Desde el psicoanálisis y desde modelos psicodinámicos ampliados, autores como Winnicott, Mahler, Stern, Fonagy y Ainsworth han aportado a la teorización sobre el lugar y función del adulto cuidador, el valor de su presencia, el impacto de sus carencias en relación a la constitución de un tipo de vínculo saludable (o no) que impacte positivamente en el desarrollo psíquico del niño. Esta focalización en el vínculo abrió las puertas a los debates sobre el lugar del analista de niños en la asistencia terapéutica.

A saber, tenemos un paciente niño, quien más allá de su relato consciente trae consigo una historia inconsciente, que está construyendo. Tenemos ante nosotros lo sabido y lo no-sabido, que a veces aparece como “lo sabido no pensado” (C. Bollas 1991), portado en el inconsciente, no elaborado ni procesado en el campo actual. Los pacientes traen en su inconsciente toda su historia vital, pero procesado en parte.

Se puede pensar entonces que nuestro “paciente” son esos vínculos inconscientes, aún no procesados. El *acto analítico* acontece desde dentro de este vínculo; en efecto, lo

que promueve la modificación en el paciente está ligado al compromiso vincular del analista. Dicho de otro modo: el vínculo terapéutico es el vehículo de la cura al permitir el despliegue de lo detenido, sintomático y repetido. Lo vivencial actualiza el acto analítico.

En esta tesis se intenta tender algunos puentes entre conceptualizaciones psicoanalíticas clásicas de los primeros tiempos de estructuración psíquica y los aportes de autores que estudiaron los momentos iniciales de la vida desde la perspectiva evolutiva basada en la observación directa de interacciones tempranas, específicamente sobre fallas parentales tempranas, en función del aporte que constituyeron a la reformulación de la técnica terapéutica en niños, las definiciones de encuadre, el campo analítico, las intervenciones en el aquí y ahora y el rol del analista de niños.

En este sentido, en cuanto a la presentación de las nociones centrales que fundamentan esta investigación, se articularán dos dimensiones permanentemente: los desarrollos teóricos sobre psiquismo temprano, las construcciones conceptuales sobre teoría de la técnica que promovieron o fueron impactadas por los cambios de las teorías originales. Esta tesis afirma que no es posible entender los cambios en ambas dimensiones de manera aislada.

**En esta tesis se postula la indisoluble ligadura entre la teoría psicoanalítica sobre la constitución de los procesos psíquicos y la técnica para el abordaje del análisis de niños. Dicho de otro modo, la consideración actual sobre la relación entre las fallas parentales y su impacto en el desarrollo psíquico del niño, impulsan a la definición y uso de un encuadre ampliado, puesto que esos mismos vínculos que generan déficits, son los vehículos de la cura (*el vínculo como paciente*, Groba, 2016). Así, la necesidad de ampliar el encuadre clásico del análisis individual con niños, no depende de la singularidad del caso, sino de la ontología dialógica del objeto de estudio.**

Se afirma además que, a pesar de los distintos grados de experiencia entre nuestros profesionales, no surge a simple vista una argumentación teórica y técnica que fundamente con certeza la necesidad del cambio de técnica ni la sistematiza. En general el uso de un encuadre ampliado es considerado siempre

como una “decisión de emergencia” a partir de la dificultad del caso por caso. Es decir, la contradicción conceptual y técnica deriva en un uso sui generis de los componentes de la situación clínica. Así se desplaza el objeto, de las funciones y reglas del encuadre –entendido como encuadre ampliado- a la psicopatología del niño y su familia.

Por último, se presentará un modelo técnico alternativo, basado en los desarrollos de Avila Espada (2000) que permiten operacionalizar los vectores y funciones del encuadre para evaluar su eficacia y definir los modos de articulación con el mundo real del niño. Se ejemplificará su viabilidad mediante la presentación de una investigación de caso único.





## PROBLEMA y PREGUNTAS DE INVESTIGACION

El debate técnico sobre la complejización del abordaje psicoanalítico en los tratamientos con niños esta íntimamente ligado a las teorías sobre los modos de constitución psíquica.

Desde los primeros desarrollos freudianos sobre la constitución psíquica y psiquismo temprano se han producido cambios, debates y tensiones que promovieron el despliegue de múltiples perspectivas, enriquecidas a su vez, por autores provenientes de otros campos disciplinares afines.

La extensión y el desarrollo del psicoanálisis de niños han introducido polémicas en cuanto a lo que es constante y a las variaciones del encuadre (Decobert, 1986). Existen propuestas diferentes, tanto en las formas de instauración de un encuadre psicoanalítico, como durante diferentes momentos del trabajo psicoanalítico, que dependen de la edad del paciente, su psicopatología, el papel de la familia que trae al niño a la consulta, la experiencia clínica del analista y sus teorías de referencia, y fundamentalmente de las cualidades que emergen en el encuentro niño - analista. Hoy se concibe el encuadre como dando origen al proceso, y por medio de la transferencia, a la posibilidad de interpretar (Ulriksen de Viñar, 2002).

Distintos autores contemporáneos señalan que el modelo del aparato psíquico (capítulo VII, «La interpretación de los sueños», 1900) y el modelo del encuadre psicoanalítico, se organizan sobre el modelo del sueño (Freud, 1900). El juego del niño en la sesión puede tener la misma función que las asociaciones libres y el sueño, a través de la hipótesis del retorno alucinatorio de la experiencia de satisfacción.

Sin embargo, los desarrollos dentro del campo de la observación de infantes y las investigaciones sobre los modos de producción simbólica en niños así como su despliegue afectivo, ponen cada vez más de manifiesto el papel determinante de los vínculos reales. De algún modo el objetivo de promover el despliegue de los procesos de simbolización en el niño y su despliegue afectivo, está cada vez más ligada a una mirada ecológica que contemple la dinámica vincular del niño y sus cuidadores.

Autores como Winnicott (1962); Bowlby (1969), Mahler (1975), Stern (1990), Lebovici (1988), Fonagy (2002) y otros han descrito el impacto real de las fallas parentales en las posibilidades y déficits de la constitución psíquica del niño. Y esto ha llevado a cuestionar los parámetros clásicos de la técnica de análisis de niños.

Estos aportes han colaborado en la comprensión del origen intersubjetivo del psiquismo, las cualidades de las funciones parentales, el impacto de fallas tempranas en tal intercambio entre el bebé y sus cuidadores y, además, han promovido una serie de cuestionamientos acerca del valor del medio ambiente real del niño como factor favorecedor u obstaculizador de su desarrollo y crecimiento saludable.

Stecker (2004) lo dice claramente cuando afirma que los niños no vienen solos a la consulta, que son traídos por sus padres y que muchas veces cabe la pregunta de *Quien trae a quien?*. Enfocando las cuestiones técnicas, propuestas de Nemirowski (2005); Szmulewicz (2003); Sirota (2008); Winnicott (1962); Smola, Chernizky, Ungar, L. De Widder (2003); Silvia Bleichmar (2003) y Berraute et al. (2011) que se refieren a las herramientas del analista en el psicoanálisis de niños y a la interacción entre el analista, el niño y sus padres.

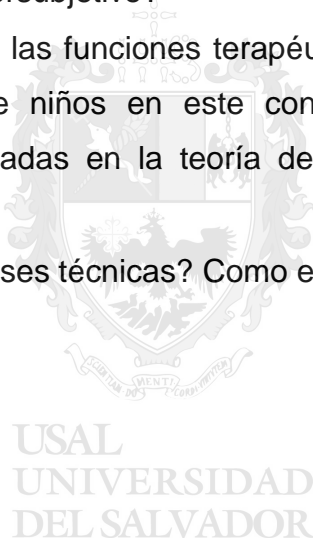
De este modo, hace algunos años que los analistas consideran de manera cotidiana las ampliaciones o modificaciones del encuadre clásico, la inclusión en la situación clínica de otros miembros de su familia, la posibilidad de hacer intervenciones fuera del espacio del consultorio o incluso extender el margen de sus intervenciones mucho más allá de la interpretación. En términos generales, estas modificaciones técnicas suelen denominarse como **encuadre ampliado** (Groba, 2016).

Pero ¿cómo se hace? ¿Cuáles son las reglas que pueden describir sus componentes de manera sistemática? En general, cuando los analistas son consultados sobre las razones que los impulsan a modificar las condiciones de la situación clínica, el argumento más frecuente es que depende del caso por caso, de las dificultades de proceso analítico de cada niño. En esta tesis se considera a esta afirmación como un problema conceptual y técnico complejo. En tanto el psiquismo del niño tiene un origen intersubjetivo, en tanto es dependiente fácticamente de las acciones u omisiones de sus cuidadores, en tanto es “arribado” al tratamiento portando una demanda que muchas

veces no es propia, no existe razón conceptual o técnica para pensar en un encuadre que no sea ampliado en éstos términos, que no incluya, al menos simbólicamente, a los demás componentes de la vida real del niño. Que no enfoque la dimensión vincular como central en el proceso analítico. Que en el caso por caso un niño en particular no presente la necesidad de convocar a su entorno es, generalmente, la excepción y no convalida la exclusión del medio ambiente real del niño (Winnicott, 1969) de la escena analítica.

Los interrogantes de esta tesis son:

- Cuáles han sido los aportes conceptuales centrales a la teoría freudiana que permiten delimitar actualmente el campo clínico con niños como un escenario ampliado, que incluye a su red vincular real y que definen a la clínica analítica de niños como un campo intersubjetivo?
- Por otro lado, cuáles son las funciones terapéuticas y las herramientas técnicas que tiene el analista de niños en este contexto? Qué de estas funciones terapéuticas están implicadas en la teoría de la técnica propia del **encuadre ampliado**?
- Cómo sistematizar sus bases técnicas? Como evaluar su eficacia?



# ESTADO DEL ARTE

## Los orígenes de la estructuración psíquica, hipótesis iniciales

Freud (1896) concibe al viviente humano desvalido e incapaz de llevar a cabo la acción específica necesaria para cancelar la insatisfacción proveniente de la tensión endógena que le producen sus necesidades básicas de hambre y abrigo. Los etólogos han observado que cuanto mayor es el nivel de desarrollo cognitivo de una especie, más largo es el tiempo de dependencia de alguien más capacitado. El concepto de prematuración apunta a considerar insuficiente la dotación innata de la especie humana para tomar a su cargo su autopreservación y mantenerse con vida.

La prematuración y el desvalimiento y la falta de programa genético para su superación devinieron un desafío teórico y clínico que llevó a una multiplicidad de entrecruzamientos entre la psicología evolutiva y el psicoanálisis. La imposibilidad del infante para autopercatarse de su malestar y la incapacidad para resolverlo requieren de un “adulto auxiliador observador” que pueda leer los indicios de los estados afectivos del infante. Esta lectura se realiza desde la subjetividad del adulto jugada en este proceso de hominización.

El campo de la investigación en infantes y en díadas madre-bebé con metodología observacional empírica produjo nuevos conocimientos acerca de la vida afectiva de los infantes. Estos aportes pueden constituir una herramienta significativa para responder a algunos interrogantes y brechas en nuestros conocimientos teóricos acerca de la estructuración psíquica.

R. Spitz (1951, 1965), psicoanalista e investigador, fue pionero en los estudios sobre el primer año de vida, basados en observaciones filmadas. Retomando la línea freudiana de la teoría del apuntalamiento - fusión entre necesidad biológica y necesidad afectiva (autoconservación - sexualidad) - publicó en 1946 trabajos sobre la depresión anaclítica en niños hospitalizados durante la guerra. Sus testimonios desgarradores describen cómo niños separados de sus madres, atendidos en prolijas guarderías iban apagando su impulso vital, entraban en un llanto monótono y sin destinatario, rechazando el contacto humano primero y luego el alimento. La privación afectiva parcial o total

llevaba a detenciones del desarrollo, propensión a contraer enfermedades y en los casos extremos a rechazo total a alimentarse y a muerte por marasmo. Spitz fue el primer psicoanalista en alertar acerca de la relación entre vínculo primario y depresiones graves en la infancia. Sus estudios tuvieron una importante influencia en los departamentos de pediatría y psicoanálisis infantil sobre la necesidad de prevención en salud mental.

Otros psicoanalistas basaron sus formulaciones teóricas en la observación de infantes y de interacciones tempranas: Bowlby (1969), Mahler (1975), Stern (1990), Lebovici (1988), Fonagy (2002) y otros.

Winnicott y Stern fueron autores que colaboraron conceptualmente en estos entrecruzamientos entre los aportes de la investigación con infantes y la clínica psicoanalítica con niños.

Winnicott, (1957) diferencia lo “temprano”, registrado por los observadores de bebés, de lo “profundo” proveniente de la construcción propuesta desde el psicoanálisis. Winnicott plantea la existencia de un desfase entre la interpretación profunda psicoanalítica de un material clínico resultante de conjeturar acerca de situaciones de la primera infancia, y su verificación en la observación directa de interacciones tempranas. El valor de la observación detallada es que permite puntualizar sutiles influencias del ambiente, de las cuales el infante no puede percatarse.

Stern (1985) propone la interfaz entre el “infante clínico” construido a través del relato producido en análisis y atravesado por la transferencia, y el “infante observado” producido a través de la investigación. Esta interfaz permite realizar saltos inferenciales acerca de la vida subjetiva de los infantes que enriquecen la construcción de las teorías sobre el origen. Stern concluye que las inferencias que incluyen datos obtenidos en estudios observacionales experimentales otorgan mayor consistencia a la construcción de conocimiento acerca de la primera infancia.

Las investigaciones actuales basadas en observaciones filmadas y micro-analizadas de infantes desde las primeras horas de vida mostraron que los infantes poseen un notable desarrollo de las capacidades perceptivas innatas singulares y diferenciadas y

produjeron un cambio en la concepción de los primeros tiempos de la vida (Brazelton y Cramer, 1993). En estos estudios se encontraron patrones de comportamiento tales como la habituación, irritabilidad, capacidad de ser consolado, reactividad ante estímulos, la aceptación o rechazo de acercamiento físico y otros (Brazelton, 1975). Estos aportes pueden relacionarse con la intuición de un yo real primitivo, caracterizado por montantes biológicos singulares y “objetivos” que se fusionarán, a partir del intercambio libidinal y narcisizante, con el objeto primario.

El acento, puesto por el psicoanálisis clásico en la estructuración del psiquismo, ubicando a los padres primordialmente como objetos o imagos pasibles de introyección y proyección, dio un vuelco a partir de los años 70. El nuevo “paradigma relacional” deja de concebir a la madre como objeto del niño y pasa a estudiar su participación real, sus comportamientos y sus fantasmas inconscientes (Dio Bleichmar, 2006). La relación madre-hijo y luego madre-padre-hijo pasan a ser las nuevas unidades de análisis y el enfoque evolutivo y psicoterapéutico pasa a ocuparse de las acciones interactivas observables entre padres e hijos.

### **El bebé como activo iniciador del encuentro**

En este encuentro primero entre padres e hijos, los investigadores de infantes encontraron que los bebés son activos iniciadores de interacción. La hipótesis central de los investigadores de infantes es que los seres humanos tienen una fuerte necesidad innata de contacto intersubjetivo y bidireccional. Al menos en el 40 % del tiempo, las interacciones con el medio son iniciadas por los bebés.

Autores como Brazelton (1993) y Stern (1991), a través de sus investigaciones en la observación directa de bebés, coinciden en afirmar la participación activa, y de estilo propio en cada uno, del bebé en la relación con su madre. Sin dejar de tener en cuenta la fusión primaria entre la madre y el bebé (Brazelton postula la díada madre-bebé como la unidad de análisis por excelencia para el estudio del recién nacido), afirman que cada miembro de la díada se influye y moldea recíprocamente. Ricardo Rodulfo (1989), en su libro “El niño y el significativo”, también desarrolla esta tesis: el niño no recibe

pasivamente significantes ya hechos sino que recibe un material significativo que activamente extrae y procesa.

En este sentido, y no a modo de ejemplo sino de vía regia para la exploración de esta cuestión, es notable la conducta de los bebés ni bien pueden hacer uso de sus manos (esto es, cuando la maduración del sistema nervioso permite la prensión voluntaria, a partir de los cuatro meses aproximadamente, y más específica y notoriamente a partir del uso diferenciado de los dedos): Rodulfo la llama “actividad extractiva”, y efectivamente los vemos meter sus dedos en todos los agujeros del cuerpo de la madre (ojos, nariz, boca, aros, cadenitas, orejas, etc.).

El primer desafío del infante humano es el logro y mantenimiento de la homeostasis fisiológica y emocional, y éste es un proceso diádico y bidireccional. El adulto es una parte del sistema regulador del infante. La madre regula la homeostasis del infans a través de la satisfacción de las necesidades de hambre, apaciguamiento, sueño y acercamiento físico, y al mismo tiempo el infante colabora en la regulación de la lactopoyesis (producción láctea). Este proceso provoca la liberación de oxitocina que coopera en la contracción del miometrio uterino, facilitando la retracción del útero en el puerperio.

Los estudios observacionales mostraron la fuerte influencia que la capacidad propia de comunicación y autorregulación del bebé tiene sobre las respuestas de la madre. La conducta comunicativa del infante no es difusa como se pensaba sino que está organizada en configuraciones de cara, voz, gesto y mirada. Cada configuración (expresividad) comunica claramente el estado afectivo. Las rutinas interactivas cotidianas tienen una estructura narrativa de acción comunicativa y no de palabras y van constituyendo un sistema de sentido para el niño basado en una secuencia de mensajes afectivos. Este sistema de sentido se establece mucho antes de que el niño pueda relacionarse con una narrativa de palabras.

Investigaciones han demostrado que la interacción temprana madre-bebé es un sutil interjuego entre desencuentros (mismatches) y encuentros (matches). Estos encuentros son los momentos de regulación mutua positiva donde la madre y el bebé coinciden en la expresión de afecto positivo. Cada participante infante y adulto señala su evaluación

acerca del estado afectivo del otro y responde a ella. Cada miembro de la díada intenta mantener un estado de coordinación o reparar un estado de no-coordinación. La interacción madre-bebé se mueve sucesivamente desde estados coordinados o sincrónicos a estados no coordinados (Tronick et al, 1989, 1999; Schejtmán y otros, 2003, 2004).

El aporte central de las investigaciones micro-analíticas sobre madres y bebés ha podido llamar la atención sobre los clínicos que trabajan en el análisis de niños pues estudios a largo plazo corroboran una relación entre las fallas sostenidas y significativas en la relación temprana, con posteriores emergentes de la psicopatología del niño y el adulto.

### **Sobre el origen de la habilidad del cuidado materno**

El cuidado parental evolucionó en los humanos probablemente junto a la adquisición del bipedismo, aunque, a este respecto, algunos antropólogos, como Lovejoy (1981), sugirieron que el bipedismo procedía originariamente de una variación en la reproducción genética y se desarrolló debido a las ventajas relacionadas con el cuidado de la descendencia inmadura. La especificidad del vínculo materno puede estar influenciada por la necesidad de proteger la descendencia contra los depredadores, como así lo ha sugerido la teoría del apego (Bowlby, 1969/1982), pero también por el espaciamiento entre nacimientos y la propagación demográfica. Desde este punto de vista, la selección del vínculo afectivo padres-infante puede haber estado relacionada con las capacidades concretas de la comunidad humana necesarias para la comunicación y el aprendizaje social.

De forma similar a lo que sucede con otros primates, los infantes son relativamente inmaduros en locomoción, mientras que son precoces en desarrollo comunicativo. Por esta razón, los humanos deben prepararse para llegar a ser madres y padres competentes con el fin de interactuar con sus niños/as y comunicarse con ellos justo desde el nacimiento. Es un largo entrenamiento humano, que se inicia desde la infancia (juegos con muñecas) y alcanza la maduración al final de la adolescencia a través de la identificación con las figuras parentales.



Por esta razón, los niños humanos son muy sociales desde el nacimiento, si no antes. Como Tomasello (1999) indica, “hay dos conductas sociales que podrían sugerir que los infantes humanos no son sólo sociales, como otros primates, sino que son más bien “ultra-sociales” (p.59). De hecho, desde el nacimiento, podemos observar “proto-conversaciones” (Trevarthen, 1979) entre padres e infantes, y la facultad de los neonatos humanos de realizar movimientos imitativos de la boca y la cabeza de los adultos (Meltoff & Moore, 1977, 1999); tales evidencias empíricas demuestran que las dimensiones emocionales de los lazos sociales están controladas por procesos biológicos muy conservados, que guían las expresiones de los sentimientos parentales como infantiles además de las conductas diádicas (Panksepp, 1998).

Al explorar la relación entre la actitud parental y el desarrollo de un infante, la teoría psicoanalítica ha resaltado fundamentalmente el papel del mundo intrapsíquico materno y paterno, que está esencialmente influido por los procesos inconscientes. Desde su punto de vista, Donald Winnicott (1956) llamó la atención sobre el peculiar estado mental materno que él denominó “preocupación maternal primaria”. Este estado mental es “casi una enfermedad” de la que una madre debe experimentar y de la que debe recuperarse para crear y sostener un entorno que pueda cumplir con las necesidades físicas y psicológicas de su infante. Winnicott señaló que este estado especial empieza hacia el final del embarazo y continúa a través de los primeros meses de la vida del bebé. Este importante concepto clínico y del desarrollo ha dado la oportunidad de explorar el estado mental de las madres durante el embarazo y el primer año de vida del bebé.

Esta construcción teórica sobre la maternidad tiene sus antecedentes en el pensamiento teórico de Freud, representado por la hipótesis de que cualquier relación experimentada con los padres de uno en la infancia, tanto a nivel consciente como inconsciente, tendrá una influencia decisiva en el desarrollo de la personalidad del bebé. En su estudio “Introducción al Narcisismo”, Freud (1914) trata sobre los roles parentales durante el proceso intergeneracional, centrándose en la función de la “compulsión [de los padres] a atribuir toda clase de perfecciones al niño” (p.91), y en las siguientes líneas, añade: “el niño debe cumplir aquellos sueños deseados de los padres, sueños que ellos nunca realizaron” (p.91). En su ensayo posterior, “Psicología de las masas y análisis del yo”, Freud (1921) hace frente al otro aspecto de este proceso: en efecto, tiene en cuenta el

mecanismo de identificación del niño que representa “la manifestación más temprana de un lazo afectivo con otra persona” (p. 105). A pesar de que Freud se refiere a la identificación con la “pre-historia personal” del padre a través de la cual uno “quisiera crecer como él y ser como él” (p.105), describe este tipo de vínculo en un bebé como la primera relación que tiene con su madre. Es interesante advertir que dentro del concepto de compulsión de atribuir [algo] a alguien se puede prever el descubrimiento posterior de M. Klein de la identificación proyectiva. Este mecanismo no es sólo intrapsíquico sino también intersubjetivo y podría implicar en sí mismo la modificación del objeto, sobre el que la proyección tiene lugar, en la fantasía y también en la realidad.

Otra contribución a la comprensión de los mecanismos intersubjetivos ha sido dada por Sandler (1976) quien habla sobre el concepto de realización (“actualization”) o mejor dicho de “una interacción de rol deseado, con una respuesta del objeto, deseada o imaginada, que está siendo tanto parte de la fantasía que se desea como la actividad del sujeto en ese deseo o fantasía” (p.64). Este concepto de Sandler resalta el intento principalmente inconsciente de manipular o provocar situaciones intersubjetivas actuales de modo que reproduzcan en el contexto presente aspectos de experiencias y relaciones pasadas. Aplicando esto a los padres y sus infantes, Selma Fraiberg (1980) escribió, “en cada habitación infantil hay fantasmas...visitantes del pasado olvidado de los padres...Estos espíritus antipáticos y no deseados son desterrados de la habitación... los lazos de amor protegen al niño y a sus padres contra los intrusos” (p.164). Puede suceder que en algunos casos la familia parezca estar poseída por sus fantasmas y los padres y su hijo puedan encontrarse re-actuando un momento o escena de otra época con otro grupo de personajes. En esta situación el bebé ya está en peligro, mostrando los síntomas tempranos de la inanición emocional o atribución maligna, porque él está cargado por el pasado opresivo de sus padres.

La teoría psicoanalítica ha resaltado fundamentalmente la constelación intrapsíquica y representacional materna, que está profundamente influida por las experiencias infantiles de la madre y por sus vicisitudes con las figuras parentales: en este contexto, los sucesos relacionales y la resonancia inconsciente están conectados recíprocamente.

Es interesante observar el énfasis en el carácter narcisista del amor parental y en la investidura pulsional del bebé, el cual influye en el estado afectivo materno

especialmente durante los primeros meses del infante. De hecho, según el psicoanálisis, el desarrollo del infante está muy influido por las pulsiones que deben ser gratificadas por la madre con el fin de establecer una homeostasis básica. Sin embargo, las necesidades básicas del infante están en contraste con la organización del entorno.

### **Debates técnicos actuales sobre la clínica psicoanalítica con niños**

A partir de lo anteriormente expuesto, la corroboración del papel activo del niño en la interacción temprana y de que la función maternante es un proceso en desarrollo permanente, se han podido predecir que el desencuentro sostenido entre ambos tiene impacto en el desarrollo psíquico del niño.

En esa línea los analista se han preguntado con regularidad, cuanto de estas fallas tempranas deben ser abordadas y cómo en el contexto del análisis de niños. Esta pregunta plantea la articulación conceptual entre teorías del desarrollo, psicopatología y técnica psicoanalítica.

Spector (s.f.) hace referencia a Winnicott y la evidencia sustancial que éste acumuló sobre cómo los patrones de salud del crecimiento de la personalidad infantil pueden ser distorsionados por las fallas familiares e impulsados por la familia. Además denominó a la psicosis adulta “una enfermedad por deficiencia en la infancia”, destacando que el medio falló en proveer el cuidado necesario. Lo que puede ser negativo para un niño es una madre que no posea esa identificación con un pecho capaz de tolerar y de transformar lo que resulta intolerable. En este caso, ella no puede responder de forma creativa a las proyecciones del bebé y requiere liberarse de un terror. Esto interfiere con el crecimiento de la capacidad del infante para coordinar acción con reacción, causa y efecto, juntarse para ser dos, por lo que perturba o impide el crecimiento de una capacidad para pensar y vincular. La madre suele intentar ocultar esa falla mediante un acercamiento físico al malestar del infante. Una madre psicótica podrá proveer alivio físico, pero no podrá generar las condiciones de desarrollo de la capacidad para pensar (Spector, s/f).